Deutscher Bundestag **Drucksache 16/6848**

16. Wahlperiode 26. 10. 2007

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Heinz Lanfermann, Dr. Konrad Schily, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP – Drucksache 16/6691 –

Situation der belegärztlichen Versorgung in Deutschland nach Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes

Vorbemerkung der Fragesteller

Die belegärztliche Versorgung deckt mit über 27 000 Krankenhausbetten zurzeit über 5 Prozent der gesamten Krankenhausversorgung in Deutschland ab. Gerade in ländlichen Bereichen sind Belegabteilungen und Belegkliniken die tragende Säule für die Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung. Das kooperative Belegarztwesen verbindet idealtypisch die ambulante und stationäre Versorgung im Sinne einer integrierten Versorgung. 6 075 Fachärzte sind bundesweit als Belegärzte tätig.

Mit der Einführung des EBM 2000plus im ersten Halbjahr 2005 wurde die Vergütung belegärztlicher Leistungen so stark abgewertet, dass für Vertragsärzte kaum ein finanzieller Anreiz mehr für eine belegärztliche Tätigkeit im Krankenhaus besteht. Vor diesem Hintergrund hat die Regierungskoalition in ihrem Koalitionsvertrag vom 11. November 2005 bereits gefordert, dass die Vergütung belegärztlicher Leistungen im DRG-System geregelt werden soll. Obwohl der Bundesrat eine entsprechende Regelung im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) beantragt hat, ist eine Systemumstellung nicht erfolgt. Stattdessen wurde mit Inkrafttreten des GKV-WSG zum 1. April 2007 der § 121 SGB V um einen neuen Absatz 4 ergänzt. Hierin wurde der Bewertungsausschuss dazu verpflichtet, in einem Beschluss nach § 87 mit Wirkung zum 1. April 2007 im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen Regelungen zur angemessenen Bewertung der belegärztlichen Leistungen unter Berücksichtigung der Vorgaben nach Absatz 3 Satz 2 und 3 zu treffen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die GKV-Spitzenverbände haben daraufhin zum 1. April 2007 die Vergütung der belegärztlichen Leistungen in einem neuen Kapitel 36 im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) geregelt. Darüber hinaus haben sie in einer Bundesempfehlung vereinbart, dass die Finanzierung belegärztlicher Leistungen außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung auf der Grundlage fester Punktwerte erfolgen soll. Für die Umsetzung einer angemessenen Vergütung belegärztlicher Leistungen gehen die Vertragspartner auf Bundesebene von einem Mehrbedarf in Höhe von rund 74 Mio. Euro im Jahr aus. Damit diese Empfehlung wirksam wird und sich die

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 25. Oktober 2007 übermittelt.
Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

Vergütungssituation für die Belegärzte verbessert, muss die Bundesempfehlung auf regionaler Ebene in Honorarverteilungsverträgen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassenverbänden vereinbart werden.

Neben der Ergänzung des § 121 SGB V im GKV-WSG ist mit dem Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) zum 1. Januar 2007 eine weitere Neuregelung wirksam geworden, die sich entscheidend auf die Struktur der belegärztlichen Versorgung auswirkt: Das VÄndG hat zu einer Änderung in § 20 Abs. 2 der Zulassungsverordnung für Ärzte (Ärzte-ZV) geführt, die es nunmehr Krankenhäusern ermöglicht, Vertragsärzte als Honorarärzte zu beschäftigen. Zwar erfährt das Belegarztwesen an sich durch diese Regelung keine Änderungen und der Status des Belegarztes bleibt erhalten. Aber die Änderungen im ärztlichen Zulassungsrecht schaffen konkurrierende Strukturen. Nunmehr haben auch Hauptabteilungen die Option, mit Vertragsärzten auf Honorarbasis und unabhängig von einer Zulassung zur belegärztlichen Tätigkeit stationäre Leistungen zu erbringen. Anders als Belegabteilungen und Belegkliniken erhalten die Hauptabteilungen eine Vergütung für die gesamte Krankenhausleistung inklusive Arztkosten, aus der sie den Honorararzt vergüten. Im Rahmen der belegärztlichen Versorgung erhält das Krankenhaus nur eine Belegabteilungs-DRG, die nur die Kosten des Krankenhauses ohne Arztkosten beinhaltet. Bei einem großen Teil der kalkulierten Belegabteilungs-DRGs ist der Abschlag im Vergleich zur vergleichbaren Hauptabteilungs-DRG wesentlich höher als es dem reinen Arztkostenanteil entsprechen würde. Die Vergütung der Belegärzte erfolgt über das KV-Budget. Es besteht somit für das Belegkrankenhaus kein Finanzierungsspielraum für die Bezahlung von Honorarärzten aus der DRG-Vergütung.

Da die Vergütung einer stationären Leistung davon abhängt, in welchen Strukturen sie erbracht wird (Belegabteilung = Belegabteilungs-DRG für das Krankenhaus + KV-Vergütung für den Belegarzt bzw. Hauptabteilung = komplette Vergütung Krankenhaus- und Arztleistung über Hauptabteilungs-DRG), führt dies für die Kostenträger zu folgenden Auswirkungen: Sie zahlen im Ergebnis für dieselbe stationäre Leistung eine in der Gesamthöhe unterschiedliche Vergütung je nach dem, ob die Behandlung in einer Belegabteilung oder in einer Hauptabteilung erfolgt ist.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die belegärztliche Versorgung ist eigenverantwortlich von der Selbstverwaltung im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben auszugestalten, so dass eine leistungsfähige und wirtschaftliche belegärztliche Behandlung der Versicherten erfolgen kann. Für diese Aufgabe hat der Gesetzgeber die Rahmenbedingungen durch eine Regelung, mit der die bestehenden Probleme bei der belegärztlichen Vergütung gelöst werden, verbessert.

Der Umfang der belegärztlichen Versorgung geht seit Jahren zurück. Die amtlichen Statistiken auf Bundesebene zeigen seit Jahren – mit Ausnahme eines Jahres – kontinuierliche Rückgänge. So sank die Zahl der belegärztlichen Behandlungsfälle um 27,5 Prozent von 1,67 Millionen im Jahr 1998 auf 1,21 Millionen im Jahr 2004. Entsprechend rückläufig waren auch die Ausgaben der Krankenkassen für die belegärztlichen Honorare in Höhe von 416 Mio. Euro im Jahr 1998 auf 300 Mio. Euro im Jahr 2004. Die Zahl der Belegärzte blieb nach Angaben des Bundesarztregisters in diesem Zeitraum mit 5 989 Belegärzten (1999) und 5 966 Belegärzte (2004) nahezu konstant. Im Jahr 2005 stieg dagegen die Zahl der Belegärzte um 126 Ärzte bzw. um 2,1 Prozent. Im letzten Jahr hat sich die Zahl der Belegärzte nur unwesentlich um 0,3 Prozent verringert. Diese Entwicklungen sind nicht mit Auswirkungen der Einführung des EBM2000plus zum 1. April 2005 zu erklären.

Im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) sind alle vertragsärztlichen Leistungen, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden können,

aufgeführt und hinsichtlich der Höhe der Vergütung mit Punktzahlen bewertet. Der Gesetzgeber hat die Bestimmung und Weiterentwicklung des EBM dem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen gebildeten Bewertungsausschuss als eigenverantwortliche Aufgabe übertragen. Durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) wurde der Bewertungsausschuss dazu beauftragt, den EBM grundlegend zu reformieren, mit dem Ziel, das vertragsärztliche Abrechnungssystem transparenter, wirtschaftlicher und leistungsgerechter auszugestalten, vielfach kritisierte Mängel des bisherigen Systems zu beheben und letztlich die Qualität der Versorgung der Versicherten mit vertragsärztlichen Leistungen zu verbessern. Der Bewertungsausschuss hat bei der EBM-Reform einen großen Handlungs- und Beurteilungsspielraum, der nur insofern eingegrenzt ist, als keine willkürlichen, unter keinem Gesichtspunkt sachgerechten Regelungen getroffen werden dürfen. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ist nicht befugt, auf Beschlüsse des Bewertungsausschusses einzuwirken, sofern die gesetzlichen Vorgaben beachtet werden. Durch die zum 1. April 2005 in Kraft getretene EBM-Reform (EBM2000plus) sind die o. g. Vorgaben aus dem GMG umgesetzt worden. Die Beschlüsse wurden vom BMG geprüft und nicht beanstandet.

Der EBM enthält auch Leistungen, die auch von Belegärzten abgerechnet werden können (insbesondere ambulante Operationen). Nachdem die ursprünglich vorgesehenen Abschläge von den entsprechenden EBM-Bewertungen im Falle belegärztlicher Leistungserbringung auf starke Kritik der Belegärzte gestoßen waren, wurde sie vom Bewertungsausschuss zunächst im Rahmen einer bis zum 31. Dezember 2005 geltenden Übergangsregelung angepasst.

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wird mit Wirkung zum 1. April 2007 erstmals ausdrücklich bestimmt, dass im EBM Regelungen zur angemessenen Bewertung der belegärztlichen Leistungen zu treffen sind (§ 121 Abs. 4 SGB V). Dabei sind die Besonderheiten der belegärztlichen Tätigkeit sowie die leistungsgerechte Honorierung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten und die vom Belegarzt veranlassten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses, die bei der Behandlung der Belegpatienten in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden, zu berücksichtigen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen haben sich im Bewertungsausschuss über die Aufnahme eines gesonderten Kapitels 36 für belegärztliche Leistungen im EBM sowie über die diesen Beschluss begleitende Bundesempfehlung gemäß § 86 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) jeweils mit Wirkung ab 1. April 2007 geeinigt.

Mit der Bundesempfehlung wird die Finanzierung der belegärztlichen Leistungen ab dem 1. April 2007 außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung und außerhalb von Regelleistungsvolumina bzw. Arztgruppentöpfen auf Grundlage fester, angemessener Punktwerte festgelegt. Bei der Vereinbarung der Punktwerte ist der Verbesserung der Vergütung belegärztlicher Leistungen Rechnung zu tragen. Dabei wurde bei den Beratungen von einem Mehrbedarf in Höhe von 74 Mio. Euro im gesamten Bundesgebiet zur Sicherstellung einer angemessenen Vergütung belegärztlicher Leistungen ausgegangen. Die Gesamtvergütungen sind danach um die Finanzvolumina zu verringern, die im Durchschnitt in den Jahren 2000 bis 2004 für belegärztliche Leistungen gezahlt worden sind. Regionale Abweichungen der Bezugsjahre für die Bereinigung können einvernehmlich zwischen den Vertragspartnern auf Landesebene getroffen werden.

Damit setzt der Bewertungsausschuss seinen Auftrag nach dem GKV-WSG um. Die gemeinsame Selbstverwaltung verfolgt zudem das Ziel, zu verhindern, dass die Vergütung bisher belegärztlich erbrachter Leistungen in Zukunft zunehmend mit geringerer Wirtschaftlichkeit über das stationäre Vergütungssystem nach DRG-Fallpauschalen für Hauptabteilungen erfolgt.

Durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG), das zum 1. Januar 2007 in Kraft getreten ist, sind organisationsrechtliche Erleichterungen für Vertragsärzte und medizinische Versorgungszentren geschaffen worden. Hierunter ist die Möglichkeit zu nennen, dass ein in einem Krankenhaus angestellter Arzt gleichzeitig auch als Vertragsarzt oder als angestellter Arzt in einer Vertragsarztpraxis bzw. in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig sein kann. Eine gleichzeitige Tätigkeit im Krankenhaus bewirkt keine Ungeeignetheit für die vertragsärztliche Tätigkeit. Die Regelungen sehen auch vor, dass ein Vertragsarzt mit einem Krankenhaus kooperieren kann (z. B. als Konsiliararzt, der vom Krankenhaus zur Beratung oder Mitbehandlung herangezogen wird), ohne dass damit seine Eignung als Vertragsarzt in Frage gestellt ist. Das VÄndG verfolgt damit weiterhin die seit längerem bestehende Zielsetzung des Gesetzgebers, die stationäre und die ambulante Versorgung im Interesse einer optimierten Patientenversorgung besser zu verzahnen. Das VÄndG gestattet es nun aus Sicht der Beteiligten, diese Verzahnung wirtschaftlich sinnvoll auszugestalten, indem z. B. die personellen Ressourcen optimal genutzt werden.

1. Ist die gesetzliche Vorgabe des § 121 Abs. 4 SGB V im GKV-WSG zwischenzeitlich wirksam umgesetzt, d. h., sind in den KV-Bezirken flächendeckend Vereinbarungen getroffen worden, die eine angemessene Vergütung belegärztlicher Leistungen vorsehen?

Die im EBM-Beschluss in Verbindung mit der Bundesempfehlung vereinbarte Verbesserung der Vergütung der belegärztlichen Leistungen entfaltet ihre Wirkung durch die Umsetzung in regionalen Vereinbarungen. Um diese Vereinbarungen zu fördern, hat das BMG im März 2007 um die unterstützende Begleitung der Aufsichtsbehörden beim Abschluss der entsprechenden Verträge durch die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen auf Landesebene gebeten. Der Stand der Umsetzung der Vergütungsverträge der zuständigen Vertragspartner auf der Landesebene ist mit Stand zum 22. Oktober 2007 nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wie folgt zu beschreiben:

Die Umfrage unter den Kassenärztlichen Vereinigungen hat ergeben, dass in 10 von 17 KV-Bereichen Vereinbarungen zur Umsetzung der extrabudgetären Vergütung belegärztlicher Leistungen des Kapitels 36 EBM bzw. entsprechend der mit Wirkung ab 1. April 2007 in Kraft getretenen Bundesempfehlung getroffen wurden. In sechs dieser 10 KV-Bereiche bestehen Verträge mit allen relevanten Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene. In vier dieser KV-Bereiche laufen mit einem Teil der Krankenkassenverbände noch Verhandlungen. Auch in den sieben KV-Bereichen, welche noch ohne konkrete Vereinbarung verblieben sind, laufen die Verhandlungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene bzw. wurden in zwei KV-Bereichen nach dem Scheitern der Verhandlungen das Schiedsamt angerufen.

2. Wie werden die ab 1. April 2007 gültigen Neuregelungen des Bewertungsausschusses im EBM zur angemessenen Vergütung belegärztlicher Leistungen einerseits und deren Umsetzung auf der Landesebene andererseits beurteilt?

   Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung darüber vor, wie die Belegärzte, z. B. der Bundesverband der Belegärzte das beurteilen?

Die Besonderheiten der belegärztlichen Tätigkeit werden durch das neue Kapitel im EBM, das zum 1. April 2007 in Kraft getreten ist, wesentlich besser berücksichtigt als im vorherigen EBM. Die vereinbarte Bundesempfehlung zur Finan-

zierung des neuen EBM-Kapitels ist sachgerecht in Bezug auf die Ziele des § 121 SGB V in der Fassung des GKV-WSG.

Der Bundesverband der Belegärzte (BdB) e. V. hat gegenüber dem BMG am 3. April 2007 den Beschluss des Bewertungsausschusses sowie die diesen begleitende Bundesempfehlung als deutliche Verbesserung der belegärztlichen Vergütung bezeichnet.

3. Sieht die Bundesregierung in dem Tätigwerden von Vertragsärzten in Krankenhäusern aufgrund des VÄndG eine Konkurrenz für die belegärztliche Versorgung?

4. Sieht die Bundesregierung in dem Tätigwerden von Vertragsärzten in Krankenhäusern aufgrund des VÄndG eine Gefährdung der Existenz belegärztlicher Versorgungsstrukturen?

Die mit Wirkung zum 1. April 2007 neu bewertete Vergütung der belegärztlichen Leistungen fördert das hergebrachte Belegarztwesen und stellt eine nahtlose ambulante und stationäre Behandlung der Versicherten durch eine enge Zusammenarbeit zwischen dem vertragsärztlichen Bereich und Krankenhäusern sicher. Das VÄndG gestattet es den Leistungserbringern zusätzlich, diese Verzahnung wirtschaftlich sinnvoll auszugestalten, in dem z. B. die personellen Ressourcen optimal genutzt werden. Durch die Anlehnung der Kalkulation der neuen EBM-Positionen an das DRG-System wird die wettbewerbliche Ausrichtung der Versorgungsangebote im Gesundheitswesen gestärkt. Die Beziehung zwischen Patienten, Leistungserbringern und Kassen werden für alle Beteiligten flexibler. Auch die Belegärzte müssen sich im Wettbewerb neu orientieren.

5. Wie viele Krankenhäuser, die eine oder mehrere Belegabteilungen in Hauptabteilungen umgewandelt haben, konnten dafür eine entsprechende Erhöhung ihrer Gesamtbeträge durchsetzen?

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse über die Budget – Verhandlungen zwischen den Krankenhäusern und den Kostenträgern vor.

6. Wie viele Belegabteilungen wurden seit dem Jahr 2006 aufgegeben bzw. haben einen Statuswechsel in eine Hauptabteilung vorgenommen oder beantragt?

   Welche Ursachen haben zu dieser Umstrukturierung geführt?

   Wie viele Belegabteilungen wurden seit dem Jahr 2004 eröffnet, bzw. entstanden seit diesem Jahr durch Umwandlung aus einer Hauptabteilung?

Es liegen der Bundesregierung zur Umwandlung von Beleg- in Hauptabteilungen keine statistischen Angaben vor. Eine Umfrage unter den Ländern, an der sich wegen der Kürze der Zeit 5 Länder nicht beteiligten, ergab zusammengefasst folgendes Bild:

Aufgabe von Belegabteilungen seit 2006	**Statuswechsel (Umwandlung von Beleg- in Hauptabteilungen)**	**Neu gegründete Belegabteilungen ab 2004**	
		Laufende Anträge	**Bereits eröffnet**
18 [x)]	**4**	**1**	**14**

[x)] Darin sind 5 Abteilungen wegen Schließung eines Krankenhauses enthalten.

Zu dem Umfrageergebnis ist zu berücksichtigen, dass einige Länder keine Angaben machen können, weil der Status einer Krankenhausabteilung als Haupt- oder Belegabteilung sowie etwaiger Änderungen hierzu nicht Gegenstand der Krankenhausplanung ist oder nur die Anzahl der Abteilungen je Fachgebiet und keine Aufschlüsselung in Beleg- bzw. Hauptabteilungen erfasst werden. Zudem ist ein Vorbehalt darin zu sehen, dass einige Länder die entsprechenden Krankenhausdaten für 2006 noch nicht ausgewertet haben oder nur auf die Krankenhausstatistik des betreffenden Statistischen Landesamtes zurückgreifen können und diese für das Jahr 2006 noch nicht vollständig ist.

7. Bestehen für Belegabteilungen uneingeschränkt Möglichkeiten zur Umwandlung in Hauptabteilungen?

   Wenn nein, welche Voraussetzungen (ggf. auch länderspezifisch) müssen erfüllt werden?

In einigen Ländern bestehen keine Einschränkungen bzw. Voraussetzungen für eine Umwandlung einer Beleg- in eine Hauptabteilung, weil dies nicht Gegenstand der Krankenhausplanung ist und die Umwandlung in die Organisationshoheit des Krankenhauses fällt. Andere Länder wiederum sehen diesen Umstand als planungsrelevant an (Ausweisung im Krankenhausplan) mit der Notwendigkeit, dass für die Umwandlung z. B. ein Bedarf bestehen muss oder z. B. die Umwandlung nur mit Zustimmung der Planungsbehörde vollzogen werden kann, wenn der Verbleib der neuen Hauptabteilung im Krankenhausplan gewährleistet bleiben soll.

8. Wie werden die Möglichkeiten zur Umwandlung in ein nicht belegärztliches Kooperationsmodell gemäß VÄndG im Vergleich mit dem belegärztlichen Versorgungsmodell unter den Bedingungen der ab 1. April 2007 gültigen Neuregelungen im EBM beurteilt?

   Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung darüber vor, wie die Belegärzte z. B. der Bundesverband der Belegärzte und Belegkrankenhäuser und der Bundesverband der privaten Krankenanstalten dies beurteilen?

Das Belegarztwesen stellt eine historisch gewachsene und durchaus bewährte Form der Vernetzung von stationärer und ambulanter Versorgung dar. Der Gesetzgeber hat in den vergangenen Jahren eine Vielzahl von Regelungen getroffen, um gerade die fach- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zu verbessern. Bereits das GMG hat hier spürbare Änderungen in der Gesundheitsversorgung gebracht. An diese Entwicklung knüpfen auch die Regelungen des GKV-WSG sowie des VÄndG an. Mit dem VÄndG sind Regelungen zur Flexibilisierung und Liberalisierung der vertragsärztlichen Berufsausübung getroffen worden.

Diese Regelungen, nach denen nunmehr u. a. auch ein Vertragsarzt gleichzeitig in einem Krankenhaus tätig sein kann, sind nicht in einer Abgrenzung oder gar im Vergleich zum Belegarztwesen getroffen worden. Vielmehr sollten die Voraussetzungen für eine effizientere Versorgung der Patientinnen und Patienten verbessert und die Gestaltungsmöglichkeiten von niedergelassenen Ärzten, medizinischen Versorgungszentren und Krankenhäusern erweitert werden. Nach Auffassung der Bundesregierung sind die Chancen des seit Jahrzehnten praktizierten Belegarztwesens mit seinen Besonderheiten insgesamt nicht geschmälert, sondern gestärkt, auch wenn in Einzelfällen der stationären Leistungserbringung für einen Vertragsarzt die Zusammenarbeit mit einem Krankenhaus unter den Voraussetzungen des VÄndG unter ökonomischen Gesichtspunkten tragfähiger sein mag.

Von Seiten des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK) wurde im Wesentlichen ausgeführt, dass die vom Gesetzgeber veranlasste Weiterentwicklung der belegärztlichen Vergütung nur eine „Teillösung“ sei, die die Situation der Belegkrankenhäuser und Belegabteilungen nicht verbessere. Demgegenüber hat sich der Bundesverband der Belegärzte (BdB) e. V. im Ergebnis positiv zu der Weiterentwicklung der belegärztlichen Vergütung im EBM geäußert.

9. Wie beurteilt die Bundesregierung die finanziellen Auswirkungen der Umwandlung von Beleg- in Hauptabteilungen auf die Leistungsausgaben der Krankenkassen, auf die vertragsärztliche Gesamtvergütung und auf die Landeskrankenhausbudgets?

Nach § 10 des Krankenhausentgeltgesetzes wird auf der Landesebene nicht ein Landeskrankenhausbudget, sondern lediglich die Höhe des Landes-Basisfallwerts vereinbart. Eine Finanzierung der höherwertigen Hauptabteilungsfallpauschalen ist damit grundsätzlich möglich. Die infolge der Umwandlung von Beleg- in Hauptabteilungen häufigere Abrechnung von höherwertigen Hauptabteilungsfallpauschalen führt nur dann zu Ausgabensteigerungen in Höhe des Differenzbetrags zu den Belegfallpauschalen, wenn eine entsprechende Bereinigung der budgetierten vertragsärztlichen Gesamtvergütung unterbleibt. Eine Bereinigung der budgetierten vertragsärztlichen Gesamtvergütung ist Bestandteil der zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbarten Bundesempfehlung zur Finanzierung der Einführung eines Kapitels für belegärztliche Leistungen (Kapitel 36) in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab zum 1. April 2007. Die Umsetzung der Bereinigung liegt in der Verantwortung der Vertragspartner auf Landesebene.

10. Beabsichtigt die Bundesregierung im Rahmen der Gesetzgebung zum ordnungspolitischen Rahmen für die Krankenhausfinanzierung ab 2009 eine Neuregelung der belegärztlichen Vergütung im DRG-System?

    Wie beurteilt die Bundesregierung in diesem Zusammenhang die separate Kalkulation von Belegabteilungs-DRG im Fallpauschalenkatalog?

    Gibt es aus der Sicht der Bundesregierung Gründe, die für eine einheitliche Kalkulation aller DRG unabhängig von der organisatorischen Ausgestaltung der Leistungserbringung (Hauptabteilung mit angestellten bzw. Honorarärzten oder Belegabteilungen mit Belegärzten) sprechen?

Nachdem die Vorgaben des GKV-WSG zur Verbesserung der belegärztlichen Vergütung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung umgesetzt worden sind, beabsichtigt die Bundesregierung keine Neuregelung im Rahmen des DRG-Vergütungssystems.

Die separate Kalkulation von Belegfallpauschalen ist erforderlich, weil bei einer belegärztlichen Versorgung die belegärztlichen Leistungen und zu einem hohen Anteil auch Laborleistungen und diagnostische Leistungen nicht als Kosten des Krankenhauses anfallen, sondern dem ambulanten Bereich zuzurechnen sind. Ab dem 1. April 2007 sind diese Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung als Einzelleistungen außerhalb der budgetierten vertragärztlichen Gesamtvergütung auf der Grundlage eines festen Punktwerts zu vergüten.

Angesichts der gesonderten Vergütung der belegärztlichen Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung besteht aus Sicht der Bundesregierung kein sachlicher Grund, die gesonderte Kalkulation von Fallpauschalen für Hauptabteilungen und Belegabteilungen aufzugeben.

11. Wie beurteilt die Bundesregierung bzw. das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus die Kritik von Belegkrankenhäusern, dass die Belegabteilungs-DRGs systematisch zu niedrig bzw. nicht sachgerecht bewertet seien?

Die Belegarzt-DRG werden auf der Grundlage der Kostendaten kalkuliert, die von Belegabteilungen und Belegkrankenhäusern an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) geliefert werden. Für die Kalkulation der DRG-Fallpauschalen für Belegabteilungen für das Jahr 2007 konnten anhand 43 606 Datensätzen 64 Beleg-DRGs eigenständig kalkuliert werden, die 65 Prozent aller abgerechneten Belegerfälle repräsentieren. 707 DRG-Fallpauschalen für Belegabteilungen mussten mangels hinreichender Kalkulationsdaten normativ-analytisch abgeleitet werden. Das Kalkulationsverfahren wurde vom InEK insbesondere dem Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK) ausführlich erläutert; der BDPK vertritt viele Krankenhäuser, die belegärztliche Leistungen erbringen. Danach ist eine systematisch zu niedrige Bewertung der DRG-Fallpauschalen für Belegabteilungen nicht zu erkennen.

Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Amsterdamer Str. 192, 50735 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Telefax (02 21) 97 66 83 44
ISSN 0722-8333